Pathologie und Therapie

der

beweglichen Niere

von

Dr. Emil Rollett,
Docent für Brust- und Unterleibskrankheiten an der Wiener Hochschule und
erster Assistent an der Klinik des Professors Oppolzer in Wien.

Erlangen.
Verlag von Ferdinand Enke.
1866.

Druck von C. H. Kunstmann in Erlangen.

Seinem hochverehrten Lehrer

dem Herrn

Hofrath Professor Johann Oppolzer

in dankbarer Ergebenheit

gewidmet

vom Verfasser.

Vorwort.

So werthvolle Specialarbeiten über die bewegliche Niere auch erschienen sind, so betreffen dieselben doch vorzugsweise nur einzelne Kapitel der Pathologie dieser Affektion, entweder Diagnostik oder Symptomatogie, Aetiologie.

Eine umfassendere und den angeregten Gegenstand nach allen Richtungen beleuchtende Arbeit ist seit *Rayer's* Werke über Nierenkrankheiten nicht veröffentlicht worden. Auch in den einzelnen Lehr- und Handbüchern findet sich das Kapitel über die bewegliche Niere durchwegs sehr stiefmütterlich behandelt.

Ich habe es daher versucht, das reiche Beobachtungsmaterial, welches mir Klinik und Ambulatorium meines verehrten Lehrers Hofrath Professor *Oppolzer* durch eine Reihe von Jahren — während ich die Ehre habe, daselbst als Assistent zu wirken — darbot, zu einer übersichtlichen Schilderung der *Pathologie und Therapie der beweglichen Niere* zu verwerthen.

Die über unseren Gegenstand vorhandene Literatur wurde soviel als möglich berücksichtigt.

Den einzelnen Abschnitten ist in kurzem Auszuge eine Reihe von klinischen Beobachtungen angefügt, welche hauptsächlich als

Belege für meine Angaben bezüglich der Aetiologie und Symptomatologie dienen sollen. — Ein kleiner Anhang wurde der Besprechung der fixen Nierendislokation gewidmet.

Es wird sich hoffentlich beim Lesen dieser Blätter Jedem die Ueberzeugung aufdrängen, dass eine genaue Kenntniss der beweglichen Niere nicht nur wissenschaftlichen Werth besitzt, sondern auch einen unmittelbaren und nicht zu unterschätzenden Nuzen für den Praktiker.

Möge meine Arbeit die Kenntniss der beweglichen Niere und eine richtige Würdigung der durch dieselbe veranlassten mannigfaltigen Krankheitserscheinungen fördern helfen.

Wien, Oktober 1866.

Dr. E. Rollett.

Die abnorme Lage und Beweglichkeit der Niere, in früheren Zeiten blos als ein anatomisches Curiosum betrachtet und von der Mehrzahl der Aerzte theils gar nicht gekannt, theils wenig gewürdigt, ist dermalen ein Gegenstand, welcher unserer vollsten Aufmerksamkeit werth erscheint. — Sowie es Niemanden einfällt die Gallensteinbildung deshalb gering zu achten, weil sie gewiss in der Mehrzahl der Fälle ohne besondere Beschwerden vertragen wird und oft erst nach dem aus irgend welcher anderen Ursache erfolgten Tode als ein nebensächlicher anatomischer Befund constatirt werden kann, ebensowenig ist es gerechtfertigt das Studium der beweglichen Niere zu vernachlässigen, wenn auch letztere manchmal zu keinen besonderen Beschwerden Veranlassung gibt.

In der That finden häufig gewisse eigenthümliche, ungemein lästige und zuweilen selbst gefährliche Krankheitserscheinungen erst durch den Nachweis einer beweglichen Niere ihre Erklärung, richtige Würdigung und entsprechende Behandlung.

Es ist mit der beweglichen Niere nicht anders ergangen, als mit den Unterleibsgeschwülsten überhaupt. Man hat es lange Zeit versäumt für die Erkenntniss derselben jene Sorgfalt zu verwenden, welche anderen Gegenständen der Pathologie und Diagnostik mit Vorliebe zugetheilt wurde. Hand in Hand mit jener Vernachlässigung ging eine Verkennung des wahren Werthes, welchen eine genaue Kenntniss der Unterleibsgeschwülste, ihres Sitzes, ihrer Natur und ihres Wechselverhältnisses zu nachbarlichen Organen, ganz entschieden für Prognose und Therapie dieser Leiden besitzt.

Erst in jüngster Zeit ist man durch beträchtlichen Aufwand von Mühe und Scharfsinn dahingelangt die klinische Erkenntniss der Unterleibstumoren wesentlich zu fördern. Bei diesen Bestrebungen ist auch die Lehre von der beweglichen Niere nicht leer

ausgegangen und heute schon lässt sich behaupten, dass die bewegliche Niere neben den übrigen Unterleibsgeschwülsten eine beachtenswerthe Rolle spielt.

Geschichtliches.

Anatomische Beobachtungen über Anomalien der Lage der Nieren wurden bereits seit langem und in ziemlicher Menge in der Literatur verzeichnet. Es finden sich umfassende Zusammenstellungen der dies bezüglichen Angaben unter andern bei Meckel,[1]) Rayer[2]) und Heusinger[3]) in den Zusätzen zu Willis Werke. Dieselben sind zumeist nur kurze, rein anatomische Notizen und betreffen grösstentheils die angeborne, fixe Nierendislokation. Obwohl aber bereits Mesue[4]) und später Riolan[5]) einige wichtige Angaben über bewegliche Nieren zu machen wussten: die Aufmerksamkeit der Aerzte blieb dennoch diesem Gegenstande gänzlich fremd, so lange die klinische Diagnose der beweglichen Niere nicht sicher gestellt war.

Aus demselben Grunde sind auch die Angaben von Portal,[6]) Cruveilhier,[7]) Girard[8]) über bewegliche Nieren, von der Mehrzahl der Pathologen unbeachtet geblieben.

Erst seitdem man Dank den Bemühungen von Rayer[9]) und Brochin[10]) in Frankreich, Oppolzer[11]) in Deutschland, Hare[12]) in England u. A. die bewegliche Niere mit Sicherheit zu diagnosticiren verstand, ist das Interesse für diese Affektion lebhafter und allgemeiner geworden und es zeigte sich bald, dass dieselbe viel

---

1) Pathol. Anat. I. S. 632.
2) Maladies des reins, III. p. 769 u. ff.
3) Die Krankheiten des Harnsystems von Robert Willis, deutsch von Heusinger p. 465 u. s.
4) Opera omnia. Venetiis 1561, p. 288.
5) Manuel anatom. et pathol. Lyon 1682 p. 228.
6) Cours d'Anat. médic. vol. V. p. 390.
7) Anat. descr. II. p. 696.
8) Journal hebdomad. 1836 Nr. 53.
9) Maladies des reins. Paris 1839—1841.
10) Gazette des hôpit. 1854. Nr. 87.
11) Wiener medic. Wochenschr. 1856 Nr. 42.
12) Medic. Times and Gaz. 1858, 2. 23. 30.

häufiger vorkommt, als früher vermuthet wurde. Seitdem hat auch Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der beweglichen Niere manche wichtige Bereicherung erfahren, namentlich durch Fritz [1]), Dietl [2]), Becquet [3]) u. A. Die Aufgabe der Forschung ist es nun noch, an der Hand sorgfältiger klinischer Beobachtung von zahlreichen Krankheitsfällen eine vollkommene Einsicht in die pathologische Bedeutung der in Rede stehenden Anomalie zu gewinnen.

Begriff und Nomenclatur.

Man versteht unter beweglicher Niere jene Anomalie, bei welcher die Niere entweder vermöge ursprünglicher Bildung oder in Folge von erst später eingetretenen organischen Veränderungen in mehr oder weniger grossem Umfange im Unterleibe verschiebbar ist. Die Ausdrücke Senkung, Verschiebung, Vorlagerung, Vorfall, Luxation, Dislocation, Ectopie der Niere, welche hie und da gebraucht werden, bezeichnen sämmtlich eine und dieselbe Abnormität, nämlich die Entfernung der Niere von ihrer normalen Lagerstätte in der regio lumbalis auf der vorderen Fläche des musculus quadratus lumborum. Die Abweichung von dem normalen topischen Verhalten der Niere und die relative Lage derselben zu benachbarten Organen ist bei der beweglichen Niere natürlicherweise eine mit der Zeit wechselnde und veränderliche. Man muss daher die bewegliche, wandernde Niere, Rein flottant unterscheiden von der stets unveränderlichen fixen Dislocation der Niere. Wir werden hauptsächlich auf die erstere, welche von weit grösserer klinischer Bedeutung ist, unser Augenmerk richten, die letztere aber, welche in der Regel angeboren ist im Anhange kurz berühren.

Pathologische Anatomie.

Die bewegliche Niere ist manchmal als ursprüngliche Bildungsanomalie angeboren, häufig aber wird dieselbe erst in späterer Zeit durch verschiedene Umstände erworben.

---

1) Archives général. 5. Ser. XIV. 1859. 301. 158.
2) Wiener medic. Wochenschr. 1864 p. 563.
3) Archives génér. 1865. Janvier.

Die angeborne bewegliche Niere ist daran zu erkennen, dass sie von anderen offenbar angebornen Abnormitäten begleitet ist. Man findet die Nierengefässe verlängert, geschlängelt, zuweilen dünner, oder in abnormer Anzahl und Verlauf; manchmal ist auch das Peritoneum abweichend gebildet und benachbarte Organe, besonders das Endstück des Dickdarms in ungewöhnlicher Lage; Durham [1]), W. Gruber [2]). Die Niere ist zuweilen in einer Verlängerung des Bauchfells, wie in einer Art Mesenterium beweglich aufgehängt und lagert nahe der vorderen Unterleibswand; Portal [3]), Cruveilhier [4]); es findet sich selbst ein vollständiges Mesonephron von mehreren Zollen Länge; Girard [5]). Das Fett ist in der Lendengegend meist fast gänzlich fehlend und nur sehr lockeres Zellgewebe zugegen. Im übrigen zeigt sich die Niere von gewöhnlicher Beschaffenheit, nur ihre Gestalt weicht manchmal von der normalen ab. So fand Gruber [6]) die linke verschiebbare Niere als einen ovalen oder elliptischen von vorne nach hinten comprimirten Körper, mit an der oberen Hälfte der vorderen Fläche befindlichen Hilus. Die Nebennieren sind in der Regel an ihrer normalen Stelle gelagert; einmal fand jedoch Gruber [7]) neben Tieflage der linken Niere auch die linke Nebenniere nach abwärts gerückt. Unter der angebornen beweglichen Niere sind auch anzuführen die höchst seltenen Fälle von Lagerung der Nieren in grossen Bauchbrüchen, wovon Monro [8]) ein ausgezeichnetes Beispiel erzählt, in welchem die Nieren beiderseits durch einen ovalen Ring in der Lendengegend herausgetreten waren, so dass sie unmittelbar unter der Haut lagen und leicht wieder reponirt werden konnten.

Bei der erworbenen beweglichen Niere finden sich gewöhnlich gewisse anatomische Merkmale, welche als die Beweglichkeit der Niere bedingend angesehen werden müssen. So zeigen sich grosse Abmagerung, Schwund des die Nieren umhüllenden

---

1) Guy's Hosp Rep. 3. Ser. VI. p. 1860. 404—420.
2) Medic. Jahrb. Wien 1866 1. Heft p. 10.
3) Cours d'Anat. méd. vol. V. p. 390.
4) Anatom. descript II. p. 696.
5) Journ. hebdomad. 1836 Nr. 53.
6) Medicin. Jahrbücher, Wien 1866. 1. Heft, p 10.!
7) l. c. p. 17.
8) Observ. on cruval hernia. Edinburg 1803. p. 8.

Fettes, auffallend lockere Anheftung der Lamina parietalis des Bauchfells an die hintere Bauchwand, Vergrösserung und Gewichtszunahme der Niere, Herabdrängung derselben durch Geschwülste, Herabzerrung derselben durch Zug von Hernieen etc. Die Gefässe verhalten sich hiebei bezüglich ihrer Zahl, ihres Ursprunges und Verlaufes völlig normal oder sind höchstens etwas verlängert.

Da die Niere durch ihre Gefässe an den vor der Wirbelsäule aufsteigenden grossen Gefässstämmen aufgehängt ist, so kann sich dieselbe unter sonst günstigen Umständen nur innerhalb eines Kugelabschnittes bewegen, dessen Radius der Länge der Nierengefässstämme entspricht. Von der Lumbalgegend wird die Niere nach abwärts, nach innen, ferner nach vorne gegen die Bauchwand rücken können, dagegen nicht nach aussen, weil die Gefässe Widerstand leisten, ebensowenig aus leicht begreiflichen Gründen nach rück- und aufwärts. Gleichzeitig mit der Ortsveränderung der Niere erfolgt häufig auch eine Lageveränderung derselben, indem das untere Ende nach innen, der convexe Rand nach vorne gekehrt wird. In extremen Fällen lagert die Niere völlig quer im Unterleibe mit nach aufwärts gerichteten Hilus. Sind jedoch die zur Niere gehenden Gefässe abnorm lang und geschlängelt, so kann die Niere auch in gerader Richtung ziemlich tief nach abwärts rücken, wobei die grossen Nierengefässe sich strecken. Man hat ferner noch andere Lageveränderungen der Niere beobachtet. So fand Becquet[1]) die vorgefallene rechte Niere von oben und innen nach unten und aussen mit ihrer grossen Axe vom Epigastrium gegen den Darmbeinstachel hin gelagert; einen ähnlichen Befund constatirte Urag. Rayer[2]) fand die vorgefallene rechte Niere mit ihrem unteren Ende nach vorne gekehrt, unmittelbar an der crista ossis ilei der vorderen Bauchwand anliegend, mit ihrem oberen Ende nach rückwärts unter der vergrösserten Leber gelagert.

Es ist begreiflich dass die Niere, wenn das vorbeiziehende Bauchfell hinreichend schlaff und nachgiebig ist, oder wenn dieselbe in einer schlaffen Duplikatur des Bauchfells aufgehängt ist, theils nach der Veränderung der Körperlage, theils nach dem Drucke und Füllungsgrade der benachbarten Organe und Darmtheile die ver-

---

1) l. c. p. 8.
2) l. c. obs. XI p. 799.

schiedensten Lageveränderungen und Drehungen um ihre eigenen drei aufeinander senkrechten Axen eingehen kann.

Bei dem überwiegend häufigen Vorkommen der beweglichen Niere auf der rechten Körperseite findet man dieselbe meist entweder unter dem Leberrande oder rechts in der Nabel- oder selbst in der rechten Darmbeingegend und es kann dieselbe von diesen Stellen meist mit Leichtigkeit in die Lendengegend zurückgebracht, häufig auch über die Wirbelsäule nach der anderen Seite verschoben werden. In der Regel liegen Darmtheile über der Niere, nur ausnahmsweise bei bedeutender Schlaffheit des Peritoneums und hinreichender Einstülpung desselben durch die Niere, kann letztere auch zwischen den Gedärmen bis unmittelbar unter die vordere Bauchwand vorfallen, so in Fällen von Braun[1]) und Rayer[2]).

Aus der beweglichen Niere entwickelt sich manchmal eine fixe Nierendislokation und zwar durch entzündliche Adhäsion, gewöhnlich als Folge von Einklemmung der beweglichen Niere. Die Einklemmung der Niere führt nämlich zu Entzündung entweder der Niere selbst, oder häufiger bloss des die Niere umgebenden Bindegewebes, weiterhin zu mehr oder weniger heftiger Peritonitis. Die vorgefallene Niere kann in der gebildeten Exsudatmasse fixirt oder durch fibröse Adhäsionen an benachbarte Organe angelöthet werden. Braun fand bei der Section einer 50 jährigen Frau die rechte Niere zunächst dem Nabel zwischen und auf den Gedärmen eingehüllt in eine halbfeste Exsudatmasse, Urag obducirte eine Frau, bei welcher die vorgelagerte Niere an die Gallenblase und das colon transversum durch straffes Bindegewebe angeheftet war.

Eine fixe Nierendislokation kann ferner entstehen dadurch, dass eine oder beide Nieren durch benachbarte Tumoren an der Seite der Wirbelsäule tiefer herabgedrängt werden (Portal, Rayer, Rokitansky;) am häufigsten die rechte Niere durch die vergrösserte Leber, seltener die linke durch die Milz, zuweilen auch beide Nieren. So sah ich beide Nieren, tiefer jedoch die linke durch einen leukämischen Milz- und Lebertumor an der Seite der Lendenwirbel herabgedrängt. Rayer beobachtete Dislocation der Niere durch eine monströse Nebenniere, Bonet selbst durch das vergrösserte Pancreas.

---

1) Deutsche Klinik 1853.

2) l. c.

Aetiologie und Pathogenesis.

Die bewegliche Niere ist keineswegs so selten, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. Unter 5500 Kranken, welche auf Oppolzer's Klinik aufgenommen wurden, befinden sich 22 genau constatirte Fälle von beweglicher Niere. Es kommt also auf 250 Kranke 1 Fall von beweglicher Niere. Da eine ziemliche Anzahl von mit dieser Affektion Behafteten sich blos im Ambulatorium vorstellt, ohne in den Status der Klinik aufgenommen zu werden, da Viele, denen ihre bewegliche Niere keine besonderen Beschwerden verursacht, gar nicht zur ärztlichen Untersuchung gelangen und ferner die Frequenz der klinischen Kranken durch willkührliche Auswahl der Fälle beeinflusst wird, so kann das obige Verhältniss der Häufigkeit wohl nur dazu dienen, sich eine beiläufige Vorstellung von dem Vorkommen der beweglichen Niere zu bilden. Nach Dietl [1]) ist die bewegliche Niere besonders unter der polnischen Bevölkerung eine häufig vorkommende Krankheit.

Was das Geschlecht anlangt, so zeigt das weibliche Geschlecht eine auffallend grössere Disposition als das männliche. Von den angeführten 22 Fällen kommen 18 auf Frauen, 4 auf Männer. Fritz [2]) fand unter 35 aus der Literatur gesammelten Fällen 30 Frauen und 5 Männer, ein Verhältniss, welches dem unsrigen so ziemlich entspricht. Nach einer beiläufigen Schätzung Dietls [3]) hingegen soll sich das Verhältniss der Frauen zu den Männern verhalten wie fast 100 : 1.

Die 22 Kranken der Oppolzer'schen Klinik waren im Alter von 19—65 Jahren und zwar 2 waren 19 Jahre alt, 6 standen in den zwanziger, 11 in den dreissiger Jahren, je 1 Individuum zählte 41, 53 und 65 Jahre. Diese Erfahrungen stimmen ziemlich überein mit der Angabe Dietl's, welche dahin lautet, dass das Uebel fast nie vor den zwanziger Jahren, am häufigsten in den dreissiger Jahren beobachtet wird. In der Literatur ist meines Wissens kein Fall von beweglicher Niere unter 18 Jahren verzeichnet mit

---

1) Wiener mediz Wochenschr. 1864. N. 38.

2) Arch. général. 5. Ser. XIV. 1859.

3) l. c.

Ausnahme jener von congenitaler Eventration [1]) und Lage der Niere in Bauchbrüchen; die meisten Individuen standen zwischen dem 25. und 45. Lebensjahre. Ich muss diese Thatsachen hervorheben, weil sie darauf hinzuweisen scheinen, dass die bewegliche Niere wohl häufiger als ein erworbenes, denn als angebornes Uebel zu betrachten ist.

Was die Beschäftigung und Lebensweise anlangt, so gehörten sämmtliche 22 Individuen der dienenden Klasse an, welche häufig schwere Arbeiten zu verrichten hat, nur 1 Mann, dessen bewegliche Niere zugleich krebsig erkrankt war, beschäftigte sich als Kanzleischreiber. Bei den meisten Frauen war Schwangerschaft vorangegangen.

Ueberwiegend häufig erwies sich die rechte Niere beweglich nämlich bei 18 Individuen, bei 3 war die linke, bei 2 beide Nieren beweglich. Auch Fritz [2]) fand das Verhältniss der rechtseitigen beweglichen Niere zur linkseitigen im Allgemeinen wie 4 : 1.

Von Krankheiten, welche neben der beweglichen Niere in den besagten 22 Fällen beobachtet wurden, sind hervorzuheben: 3 mal mässige Hydronephrosis, 3 mal Nierensteine, 2 mal Milztumor nach langwierigem Wechselfieber — darunter auch eine wandernde Milz — je 2 mal war Leberschwellung, Morbus Brighti, Tuberculose, Chlorose, je 1 mal Krebs der Niere und chronische Gastritis zugegen. Oftmals und namentlich im Ambulatorium wurden neben beweglicher Niere mancherlei Erscheinungen wahrgenommen, welche gemeinhin in den weiten Rahmen der Hysterie und Hypochondrie mit einbezogen werden.

Wenn wir annehmen, dass die bewegliche Niere häufig ein erworbenes Uebel ist, so müssen wir die Verhältnisse aufdecken, welche für die Pathogenesis von Bedeutung sind. Es sind hier zunächst einige anatomische Momente nahmhaft zu machen, die geeignet scheinen über das Zustandekommen der beweglichen Niere Aufschluss zu geben. Die Nieren liegen bekanntlich hinter dem Bauchfell auf dem quadratus lumborum und den 2 letzten Costalansätzen des Zwerchfells, eingebettet in ein sehr lockeres, zahlreiche Fettzellen in seinen weiten Alveolen einschliessendes

---

1) Journ. hebdomad. 1836. p. 173.

2) l. c.

bindegewebiges Lager, die sogenannte Capsula adiposa. Letztere ist durch ihre vordere Begränzungsschichte mit dem darüber ziehenden Bauchfell in Verbindung und eben durch den Widerstand und die Spannung des darüber streichenden Peritoneums und dessen straffere Anheftung unterhalb und seitlich von der Niere wird diese für gewöhnlich unbeweglich an ihrer normalen Stelle erhalten. Wenn aber das Fett der capsula adiposa resorbirt wird, die Spannung des Bauchfells sich mindert und die Anheftung desselben in der Umgebung der Niere gelockert wird, so kann sich die letztere sehr leicht in dem lockeren subserösen Gewebe verschieben. Einige Versuche am Kadaver lehren bald, dass die Niere nach Lostrennung der Anheftungen des Bauchfells mit Leichtigkeit von ihrer normalen Stelle nach ab- und einwärts verschoben werden kann, dagegen nicht nach auswärts, weil die Nierengefässstämme einen kräftigen Widerstand entgegen setzen. Wird das Peritoneum über der Niere eingeschnitten, so kann dieselbe mit der geringsten Anstrengung bis in die Nähe der vorderen Bauchwand emporgehoben werden. Ist das Bauchfell locker und nachgiebig, so kann auch bei unverletztem Bauchfell offenbar durch Einstülpung des leztern dasselbe erreicht werden. Nach alle dem beruht, wie es scheint, die Entstehung einer beweglichen Niere auf gewissen mechanischen Momenten analog denen, welche bei der Entstehung der Unterleibshernien wirksam sind. Hier wie dort muss der Widerstand der Lamina parietalis des Bauchfells entweder rasch oder successiv überwunden werden, mit dem Unterschiede, dass dieselbe in dem einen Falle ausgestülpt wird, während in dem anderen Falle ihre Anheftung gelockert und dieselbe mehr oder weniger bedeutend eingestülpt wird. Es ist klar, dass bezüglich der beweglichen Niere einerseits bedeutende Schlaffheit und Nachgiebigkeit des Bauchfells, anderseits gesteigerter Druck und Schwere von Seite der Niere als wesentlich disponirende Momente in Betracht kommen. In der That werden bei beweglicher Niere häufig sehr schlaffe und dünne Bauchdecken angetroffen, ferner Abmagerung, Schwund des die Nieren umhüllenden Fettes und allzu lockere Anheftung des Peritoneums an die hintere Bauchwand, ebenso Herabzerrung desselben durch Zug von Hernieen. Rayer [1]) erzählt einen Fall von rechtseitiger

1) l. c. obs. VI. p. 787.

beweglicher Niere in Verbindung mit einer Hernia cruralis des Coecum. Zuweilen findet sich Gewichts- und Volumszunahme der Niere selbst als dasjenige Moment, welches eine Verschiebbarkeit der letzteren zu erklären vermag, indem durch das vergrösserte und schwerer gewordene Organ das darüber streichende Bauchfell ausgedehnt und seine Anheftung gelockert wird. Hydronephrose, Steinbildung im Nierenbecken, Krebs der Niere etc. sind darum öfters Begleiter der in Rede stehenden Anomalie. In anderen Fällen zeigt sich die Niere durch Geschwülste, durch Vergrösserung oder Herabdrängung benachbarter Organe aus ihrer normalen Lage gerückt und wegen gelockerter Verbindung der Lamina parietalis des Bauchfells mit der hinteren Bauchwand unzulänglich fixirt.

Dietl [1]) äussert sich bezüglich der Aetiologie der beweglichen Niere dahin, dass zu dieser Anomalie vorzugsweise disponirt sind muskelschwache, anämische oder chlorotische Individuen mit schlaffen und dünnen Bauchdecken, Individuen, welche mit schweren oder langwierigen zu Abmagerung oder Kachexie führenden Krankheiten, Intermittens, Typhus, Magen- und Darmcatarrh, Dyspepsie etc. behaftet waren oder noch sind. Er hat diese Erfahrungssätze aus sehr zahlreichen Beobachtungen in der polnischen Bevölkerung abgeleitet und wir müssen auch nach unseren Erfahrungen die Angaben des genannten Forschers bestätigen.

Eine ganz besondere Neigung zur beweglichen Niere besizen Frauen welche bereits geboren haben, insbesondere solche die häufige Abortus oder zahlreiche und schwere Geburten überstanden. Hier haben wir in der That ein Moment, welches die grössere Häufigkeit der beweglichen Niere beim weiblichen Geschlechte begreiflich machen könnte, indem durch die Schwangerschaft offenbar eine Ausdehnung und Erschlaffung der Bauchdecken und des Peritoneums bedingt und die Möglichknit eines Nierenvorfalles durch das den Geburtsakt begleitende heftige Drängen begünstigt wird.

Auf einen andern Umstand, welcher die grössere Frequenz der beweglichen Niere beim weiblichen Geschlechte erklären soll,

1) l. c.

hat zuerst Becquet [1]) die Aufmerksamkeit gelenkt. Es ist dies nämlich die die catameniale Fluxion häufig begleitende hyperämische Anschwellung der Niere. Zur Zeit der Menstruation sollen nämlich die Nieren sowie die Geschlechtstheile eine Congestion erleiden, welche nach Becquet auch zu den bei der Menstruation gewöhnlichen Lendenschmerzen Veranlassung gibt. Die angeschwollene und schwerer gewordene Niere strebt nun, indem sie gegen das Peritoneum andrängt, ihren Platz zu verlassen. Mit Aufhören der Congestion kehrt die Niere in ihre frühere Lage zurück, wird aber durch jede neue Congestion mehr und mehr aus ihrer ursprünglichen Lage entfernt und sobald das umgebende Gewebe hinreichend schlaff und locker ist, erscheint endlich die Niere in der Unterleibshöhle frei beweglich und flottirend. — Dieses pathogenetische Moment, nämlich die wiederholte Nierencongestion muss folgerichtig auch in Anschlag gebracht werden in jenen Fällen von beweglicher Niere, welche mit Nierensteinen, Nierenkoliken, Hydronephrose, Morbus Brighti etc. combinirt sind.

Als besondere Gelegenheitsursachen für die Entstehung einer beweglichen Niere sind ferner entweder einmalige oder häufig wiederkehrende körperliche Anstrengung und Erschütterung, überhaupt jede von Aussen auf die Niere einwirkende Gewalt anzuführen, Umstände welche es der Niere ermöglichen, die sie zurückhaltenden Hindernisse zu überwinden und entweder ganz plötzlich oder allmälig mehr von ihrer normalen Stelle abzuweichen. — Contusion der Lendengegend (Henoch) [2]) schwere Arbeit, Heben von Lasten, Laufen, Springen, Tanzen, Reiten, übermässige Nahrungseinnahme, starkes Drängen, bei Frauen auch allzukräftiges Schnüren (Cruveilhier) sind daher in den Berichten der einzelnen Beobachter sowie in unseren eigenen Wahrnehmungen als diejenigen Momente zu finden, welche unter sonst günstigen Umständen geeignet scheinen, eine Senkung oder Vorlagerung der Niere zu bewirken und damit zugleich eine andauernde leichtere Beweglichkeit und Verschiebbarkeit des Organs zu veranlassen. Warum gerade die rechte Niere viel häufiger beweglich wird als die linke

1) Essai sur la Pathogénie des reins flottants. Paris 1865. u. Archiv. Général. I. 1865.

2) Klinik der Unterleibskr. III. p. 367.

ist noch nicht hinreichend aufgeklärt. Man hat wohl angegeben, dass die rechte Niere grösser sei und ihr Fettpolster kleiner, als dies linkerseits der Fall ist. Indess Rayer [1]) widerspricht mit Recht auf Grundlage von zahlreichen Messungen und Gewichtsbestimmungen diesen beiden Angaben. Thatsache ist nur, dass die rechte Niere wegen der voluminösen Leber, die von der Niere meist einen leichten Eindruck erhält, schon im Normalzustande etwas tiefer herabgerückt ist als die linke. Um so auffallender ist die Erscheinung, dass die angeborne fixirte Tieflage, wie aus den Untersuchungen von Gruber [2]) hervorzugehen scheint, vorwiegend die linke Niere betrifft.

Symptomatologie.

Die bewegliche Niere ist in einer grossen Anzahl von Fällen für den Kranken ein kaum bemerkbares Uebel. Ich habe öfters Individuen gesehen, welche mit anderweitigen Leiden behaftet waren und von dem Vorhandensein einer Abnormität im Unterleibe gar keine Ahnung hatten, obwohl bei der genaueren Untersuchung eine bewegliche Niere gefunden wurde. Andere Kranke, welche zufällig selbst eine von der disloeirten Niere verursachte Geschwulst in ihrem Unterleibe entdeckten, haben gleichfalls weniger von localen Beschwerden, als von einer allgemeinen Gemüthsverstimmung und krankhaften Empfindlichkeit zu leiden. Häufig sind dieselben der Meinung mit einem bösartigen, unheilbaren Uebel, Krebs, behaftet zu sein, um so mehr wenn der zu Rathe gezogene Arzt die richtige Diagnose der beweglichen Niere, die doch wesentlich zur Beruhigung des Kranken wie des Arztes dienen kann, nicht zu stellen wusste.

Viele Kranke zeigen allerlei Symptome der Hysterie und Hypochondrie, Störungen der Verdauung, Stuhlverstopfung, Dyspepsie, häufiges Aufstossen, anhaltendes Erbrechen, Gefühl von Druck und Schwere, Empfindung eines fremden Körpers, ziehende Schmerzen, ein Gefühl von Kneipen und Bohren im Unterleibe, namentlich beim Gehen und Stehen, weniger beim Liegen auf dem Rücken, wohl aber beim Umdrehen im Bette, ferner zeitweilige Koliken, Mattigkeit und Schwere in den Gliedern.

---

1) l. c. I. p. 4.

2) l. c. p. 9. u. ff.

Manchmal führt die bewegliche Niere zu sehr erheblichen örtlichen Beschwerden und selbst gefährlichen Zufällen. So sind es zunächst mehr oder weniger heftige Neuralgieen, Schmerzen, welche vom Hypochondrium in die Magengrube und Darmbeingegend, ferner in die Lenden und Kreuzgegend ausstrahlen. Zuweilen erstrecken sich dieselben ähnlich den Leberschmerzen bis in die rechte Schultergegend oder sie strahlen nach abwärts in der Richtung des Ureters in die Blasengegend, bei Männern längs des Samenstranges bis in die Hoden, bei Weibern in die grossen Schamlefzen aus. Rayer beobachtete bei einer rechtseitigen beweglichen Niere reissende Schmerzen in der Nabelgegend, welche nach beiden Lenden ausstrahlten. Mehrfache Erfahrungen lehren, dass nicht blos Lumbo-Abdominalneuralgie, sondern auch Cruralneuralgie und Ischias durch den Bestand einer Nierendislocation bedingt sein können, welche erst dann zum Schwinden kommen, wenn die Niere an ihre normale Stelle reponirt wurde und daselbst durch geeignete Massnahmen möglichst erhalten wird. Die genannten Schmerzen treten besonders nach längerem Gehen, stärkerer Körperanstrengung, Laufen, Reiten, Tanzen, nach schwerer Arbeit, Feldarbeit, Heben von Lasten, nach reichlicher Mahlzeit, Drängen beim Stuhlgang, nach schweren Geburten und zur Zeit der Menstruation mit grösserer Heftigkeit auf. Sie werden zuweilen auch beim Liegen auf der der beweglichen Niere entgegengesetzten Körperseite hervorgerufen, manchmal auch dann, wenn mit der untersuchenden Hand ein Druck auf die dislocirte Niere ausgeübt wird. Der durch Compression der Niere hervorgerufene Schmerz wird von Männern als demjenigen ähnlich angegeben, welcher durch Zusammendrücken des Hodens erzeugt wird. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die soeben angeführten Schmerzen dadurch zu Stande kommen, dass die verschobene Niere eine Zerrung oder einen Druck eines oder mehrerer Aeste des in unmittelbarer Nähe gelegenen Lumbalgeflechtes bewirkt, es mögen aber auch die zur gesenkten Niere selbst gehenden Nerven eine gewisse Zerrung erleiden, welche zu schmerzhaften Empfindungen, zum eigentlichen Nierenschmerz Veranlassung gibt, von welchem schon Celsus sagt: „dolor ad inguina, testiculosque descendit, difficulter urina redditur.“ Gleichzeitig mit diesen örtlichen Schmerzen treten verschiedene andere Beschwerden auf, namentlich Uebligkeiten, Ekel, Erbrechen, Harndrang, Dysurie, Koliken, Heraufziehen der

Hoden etc., Beschwerden, wie wir sie bereits früher angeführt haben.

Sowie auf benachbarte Nerven, so wird durch die dislocirte Niere zuweilen auch auf benachbarte Gefässe und auf den Darmkanal ein nachtheiliger Druck ausgeübt. Girard[1]) erzählt einen Fall von beweglicher Niere der mit Oedem der unteren Extremitäten einherging und in welchem die Section nachwies, dass die mit einem 2 Zoll langen Mesenterium versehene vorgefallene rechte Niere zwischen colon ascendens und Hohlvene lagerte und die letztere comprimirte. Fritz[2]) führt eine Beobachtung an, die sich dadurch auszeichnete, dass durch die Nierendislocation Obliteration der vena cava inferior herbeigeführt wurde. Ich selbst beobachtete auf der Klinik des Herrn Prof. Oppolzer einen Fall von beweglicher Niere, der mit Enterostenosis combinirt war, indem die verschobene rechte Niere eine Compression des colon ascendens veranlasste. Eine vorübergehende, mehr oder weniger bedeutende Compression benachbarter Darmtheile, oder überhaupt ein wie immer gearteter mechanischer Insult der letzteren, mag wohl zum Theil die Ursache sein, dass Koliken, unregelmässige Stuhlentleerungen, dyspeptische Beschwerden so häufig neben den Symptomen der beweglichen Niere angetroffen werden.

Nach Gilewski[3]) soll die bewegliche Niere bisweilen durch eine plötzliche, eigenthümliche Lagerung ihren eigenen Harnleiter comprimiren und dadurch zu Harnverhaltung, acuter Hydronephrosis und Pyelitis führen, was sich durch sehr schwere Zufälle, als heftiger Schmerz, grosse Angst, Brechneigung, Erbrechen, Fieber, schmerzhafte, rasch heranwachsende Geschwulst in der Tiefe des Bauches, anfangs sparsame Secretion eines dunklen Harns, nach mehrtägiger Dauer unter Eintritt von Schüttelfrost reichliche Ausscheidung von mit Schleim und Eiter gemengtem Urin und gleichzeitiges Schwinden der Geschwulst zu erkennen gibt. —

Der letztgenannte Autor meint auch, dass das Wesen der sogenannten Einklemmung der beweglichen Niere in den schwereren Fällen dieser Art auf nichts anderem, denn auf acuter Hydronephrosis

---

1) Journ. hebdomad. 1836. st. 53. p. 445.
2) l. c.
3) Wochenbl. d. k. k. Ges. d. Aerzte. 1865. Nr. 18. p. 141.

beruhe und dass die Incarceration der Niere eigentlich nur eine Compression des Ureters der correspondirenden Niere sei.

Allerdings lässt sich denken, dass eine bewegliche Niere durch günstige Gelegenheitsmomente in eine solche Lage gebracht werden kann, dass sie mit ihrem einen und zwar unteren Ende ihren eigenen Harnleiter an die Wirbelsäule drückt, während ihr oberes Ende vom stark gefüllten Magen oder Darm herabgepresst wird, oder sich gegen die untersten Rippen — namentlich bei etwaiger Scoliose — oder gegen die krampfhaft gespannte Bauchwand anstemmt. Für diese möglichen Fälle mag die von Gilewski vertretene Ansicht ihre Richtigkeit haben.

Ohne Zweifel können aber diejenigen Krankheitserscheinungen, welche zuerst von Dietl[1]) als Einklemmungssymptome der Niere hingestellt wurden, auch in anderer als der von Gilewski urgirten Weise entstehen. Um dies zu begreifen, brauchen wir uns nur die organischen Vorgänge zu veranschaulichen, welche stattfinden müssen, wenn die Niere plötzlich bei körperlicher Anstrengung, heftigem Drängen, Erschütterung oder bei hyperämischer Anschwellung zur Zeit der Menstruation etc. ihre Lage ändert und von ihrer normalen Stelle mit mehr oder weniger grosser Gewalt verschoben wird. Offenbar muss sich die Niere ihren Weg in dem umgebenden Bindegewebe, in welchem ja kein leerer Raum besteht, erst bahnen. Es ist dabei unvermeidlich, dass Theile des umgebenden Bindegewebes, ja das vorbeiziehende Bauchfell selbst gezerrt, gedrückt, in ihren Circulationsverhältnissen irgendwie gestört werden. In Folge der durch die Lageveränderung der Niere bedingten Reizung und Circulationsstörung des umgebenden Bindegewebes kommt es zu entzündlicher Anschwellung desselben. Um so eher kann die Niere in engeren Maschen des subserösen Zellgewebes stecken bleiben und wirklich derart incarcerirt werden, dass ein Zurückweichen in ihre normale Lage augenblicklich gehemmt erscheint. Mit der soeben gegebenen Darstellung des Sachverhaltes stimmen auch die Erscheinungen überein, welche durch Einklemmung einer beweglichen Niere verursacht werden. Wenn die Einklemmung der Niere nicht früh genug gehoben wird, entweder spontan durch ruhige, horizontale Rücken-

---

1) Wiener medic. Wochenschr. 1864. p. 563.

lage, Befolgung strenger Diät, erweichende Cataplasmen oder künstlich durch ruckweisen, sanften, oder bei völlig sicherer Diagnose selbst energischen Druck auf die Niere, so kommt es nicht blos zu Entzündung des die Niere umgebenden Zellgewebes, sondern die Entzündung schreitet leicht auf das Bauchfell fort und es entwickelt sich eine mehr oder weniger heftige circumscripte Peritonitis. Ja auch die Nierenkapsel, das Nierenbecken, selbst das Nierenparenchym können an der Entzündung participiren. Die Beobachtung von Riolan[1]), dass dislocirte Nieren zuweilen faulen (se pourissent) und abscediren, dürfte gleichfalls in den eben angegebenen Vorgängen begründet sein. Also nicht blos Paranephritis, sondern auch Nephritis, Perinephritis, Pyelitis und Peritonitis mit allen ihren mannigfaltigen Folgezuständen können durch Dislocation und Einklemmung der Niere verursacht werden.

Die Symptome der Niereneinklemmung characterisiren sich durch plötzliche von der Lendengegend gegen die Inguinal- und Nabelgegend ausstrahlende Schmerzen oft von extremer Heftigkeit: dazu treten Eckel, Brechreiz und wirkliches anhaltendes Erbrechen, grosse Angst, Unruhe und Beklemmung, worauf dann bedeutende Hinfälligkeit, selbst Ohnmacht mit Schwinden des Pulses und Verfall der Gesichtszüge folgen können. Dabei besteht nicht selten Stuhl- und Harnverhaltung. Weiterhin kommt es zu Fieberbewegung, bisweilen zu einem oder wiederholten Frostanfällen; der sparsam secernirte Harn ist dunkel gefärbt, später kann es zu reichlicher Desquamation von Epithel aus den Nieren und Nierenbecken, zu Eiweissgehalt, Blut- und Eiterbeimengung des Harns kommen. Die eingeklemmte Niere präsentirt sich als harte, glatte, unbewegliche, äusserst empfindliche Geschwulst, über welcher die Bauchdecken alsbald fest gespannt, resistent und gegen Druck und Berührung schmerzhaft werden. Wenn sich Peritonitis mit Exsudatbildung einstellt, so kann die Geschwulst rasch einen bedeutenden Umfang gewinnen und der anfangs tympanitische Schall über der Geschwulst völlig dumpf und leer werden. Nach mehrtägiger, gewöhnlich 8—10tägiger Dauer nimmt die Geschwulst wieder an Umfang ab, indem die Entzündung sich löst und die etwa gebildete Exsudatmasse resorbirt wird. Die Niere kann nun

---

1) Manuel anat. et pathol. p. 228.

wieder in ihrer charakteristischen Form in der Tiefe des Bauches gefühlt werden und lässt sich, wenn keine Adhäsionen gebildet wurden, wieder in die Lendengegend zurückschieben.

Wir wollen nun noch die Erscheinungen angeben, welche bei beweglicher Niere durch die Untersuchung des Unterleibes mittelst Palpation und Percussion ermittelt werden können. Man fühlt gewöhnlich rechterseits, selten links oder beiderseits entweder unter dem freien Rande der Rippen oder auch tiefer gegen den Nabel hin, zuweilen auch in der Darmbeingegend eine länglich ovale, manchmal deutlich nierenförmige, derbe, glatte, beim Druck meist empfindliche, verschiebbare, oft ungemein bewegliche Geschwulst, die meist schon bei leichtem Druck unter den Fingern entschlüpft, besonders aber dann, wenn die Bauchwand rasch und kräftig niedergedrückt wird. Häufig präsentirt sich die Geschwulst — beim Liegen auf dem Rücken mit etwas erhöhtem Oberkörper — in schiefer Richtung mit einem oberen nach aussen und rückwärts gegen die Lendengegend, und einem unteren nach innen und vorne gegen die Nabelgegend gerichteten Ende. Die Consistenz ist gleichmässig derb, ein wenig elastisch, die Oberfläche eben, die Form oval, namentlich das untere abgerundete Ende lässt sich leicht umgreifen. Während die vordere Fläche, sowie der nach aussen gerichtete Rand leicht convex erscheint, kann man am inneren Rande zuweilen eine leichte Einkerbung wahrnehmen, womit dann die vollständige Bohnen- oder Nierenform gegeben ist. Der Umfang der Geschwulst entspricht der gewöhnlichen Grösse einer Niere, wird aber manchmal auch über das gewöhnliche Mass vergrössert angetroffen. Die Geschwulst lässt sich durch einen ruckweisen Druck oft in weitem Umfange verschieben, am leichtesten schlüpft dieselbe in die Lendengegend zurück, so dass man Mühe hat dieselbe wieder aufzufinden; aber auch nach abwärts bis auf den Darmbeinteller und nach einwärts selbst über die Medianlinie kann dieselbe zuweilen durch einen geschickt angebrachten ruckweisen Druck verschoben werden. Ist die Geschwulst in die Lendengegend zurückgesunken, so gelingt es durch einen mit der Beugefläche der Finger in der Lendengegend angebrachten Druck, dieselbe wieder gegen die Nabelgegend hervorzuschieben. Man kann also dadurch, dass man die eine Handfläche in der Lendengegend, die andere in der vorderen Bauchgegend anlegt und abwechselnd mit den Fingern niederdrückt, die Geschwulst schaukelartig hin-

und herbewegen. Auch bei verschiedener entsprechender Lagerung des Körpers gleitet die Geschwulst oft mit Leichtigkeit entweder in das Hypochondrium zurück, oder über die Wirbelkörper hinweg oder selbst in die fossa iliaca nach abwärts, namentlich beim Liegen auf der der beweglichen Geschwulst entgegengesetzten Körperseite tritt dieselbe meist sehr deutlich in die Nabelgegend oft bis nahe unter die vordere Bauchwand hervor. Auch beim Stehen, beim Vorwärtsbengen des Oberkörpers, beim Sitzen und in der Knieellbogenlage tritt dieselbe mehr oder weniger aus der Lumbalgegend heraus und kann, wenn die Spannung der vorderen Bauchwand mässig ist, deutlich unter derselben gefühlt werden. Eine Vorwölbung der vorderen Bauchwand durch die Geschwulst macht sich gewöhnlich nicht bemerkbar, dagegen gehört eine Abflachung, ja selbst ein Einsinken der entsprechenden Lendengegend, besonders in der Knieellbogenlage, zu den gewöhnlichen Erscheinungen. Die Lendengegend, aus welcher eben die Niere herausgetreten ist, wird bei der Palpation nachgiebiger, weniger resistent, etwas vertieft angetroffen und kann durch Reposition der beweglichen Geschwulst wieder ausgefüllt werden. Ein Einfluss der Respirationsbewegungen auf die Geschwulst ist häufig nicht, manchmal aber wie Dietl behauptet, deutlich ausgesprochen.

Obwohl die Niere eigentlich ein retroperitonealer Tumor ist, auf welchen in der Regel die Bewegungen des Zwerchfells keinen Einfluss nehmen, so wird dieselbe doch dem Drucke des Zwerchfells auf die Leber und die Gedärme nachgeben und beim tiefen Einathmen herabrücken müssen, sobald dieselbe sehr leicht verschiebbar geworden und aus der Lendengegend in die Bauchhöhle mehr oder weniger bedeutend vorgefallen ist.

Der Percussionsschall über der Geschwulst ist, wenn keine Fäcalmassen in den Gedärmen angehäuft sind, tympanitisch, da eben die lufthaltigen Darmparthieen über der Geschwulst gelagert sind, ein Verhältniss, welches bei retroperitonealen Tumoren immer zu finden ist. Beim tiefen Einathmen wird der Tumor für das Gefühl undeutlicher und der Percussionsschall über demselben voller tympanitisch, indem sich die vordere Bauchwand von der Geschwulst entfernt und eine grössere Schichte lufthaltigen Darms dazwischen tritt. Nur ausnahmsweise, wenn nämlich das Bauchfell durch die Niere bedeutend eingestülpt wurde, so dass letztere ein eigenes langes Mesenterium besitzt, kann es bei günstiger

Körperlage geschehen, dass die Niere zwischen den Gedärmen bis an die vordere Bauchwand vorfällt (Braun, Rayer), was natürlich ein Dumpfwerden des Percussionsschalles über dem der Bauchwand anliegenden Theile der Geschwulst veranlassen muss. Je mehr also durch die bewegliche Niere das Bauchfell eingestülpt wird, desto mehr verliert erstere die Eigenschaften einer retroperitonealen Geschwulst, und bewegliche Nieren mit vollständigem und langem Mesonephron können sich manchmal völlig wie intraperitoneale Geschwülste verhalten. Der gewöhnliche Fall ist jedoch, dass die bewegliche Niere bei der Palpation und Percussion die Eigenschaften einer retroperitonealen Geschwulst zeigt, indem dieselbe fast constant von Darmparthieen überlagert wird, und gerade in diesem Verhalten ist ein werthvolles diagnostisches Moment gegeben, um die bewegliche Niere von anderen intraperitonealen beweglichen Tumoren zu unterscheiden. Bei der Percussion der Lendengegend, welche in der Knieellbogenlage vorgenommen werden kann, findet man den Schall auf der der herabgesunkenen Niere entsprechenden Seite heller und voller als auf der anderen, welche normgemäss die Niere beherbergt.

Diagnose.

Die Diagnose einer beweglichen Niere stützt sich auf die früher angegebenen, durch Palpation und Percussion des Unterleibes in verschiedenen Körperlagen zu ermittelnden Verhältnisse. Immer ist zur Unterscheidung der beweglichen Niere von allen anderen beweglichen Tumoren der Unterleibshöhle, sowie auch von den unbeweglichen retroperitonealen Geschwülsten als wichtigster Anhaltspunkt im Auge zu behalten: dass bei der beweglichen Niere im Unterleibe ein ovaler oder nierenförmiger, beweglicher Tumor zugegen ist, der in der Regel von Darmparthieen überlagert wird, sich leicht in die Lendengegend reponiren lässt und dadurch die dort früher wahrgenommene Leere ausfüllt. Aber auch aus den anamnestischen Angaben und den häufig ganz charakteristischen Beschwerden wird man, wie wohl aus den früheren Abschnitten dieser Arbeit ersichtlich ist, manchen wichtigen diagnostischen Wink entnehmen können. Ich behandelte vor Kurzem eine Frauensperson, welche nach einer mehrstündigen, anstrengenden, zur Zeit der herannahenden Periode unternommenen Land-

parthie von vehementen Schmerzen im rechten Hypochondrium, drei Tage lang anhaltendem Erbrechen, grosser Mattigkeit und Schwere, namentlich im rechten Fusse befallen wurde. Es wurde, wie dies gewöhnlich der Fall ist, eine Verkühlung, ein Diätfehler beschuldigt, ohne dass sich jedoch bei genauerer Nachforschung ein genügender Grund hiefür auffinden liess. Verschiedene angewendete Mittel blieben erfolglos. Als ich am 3. Tage die Kranke sah, entdeckte ich bei der Untersuchung des Unterleibes unter dem rechten Rippenbogen eine gegen Druck etwas empfindliche Geschwulst mit den angegebenen Charakteren der beweglichen Niere. Dieselbe wurde in die Lendengegend zurückgeschoben; unter Anderem ruhige Rückenlage und das Tragen einer Leibbinde empfohlen, wornach in Kurzem alle Beschwerden gewichen waren. In diesem Falle war die Diagnose einer beweglichen Niere durch den Nachweis und das charakteristische Verhalten der Geschwulst unter dem rechten Rippenbogen mit Leichtigkeit zu stellen. Schwieriger ist die Diagnose, wenn die dislocirte Niere durch einen bereits eingetretenen Entzündungsprocess in ihrer Beweglichkeit bedeutend beeinträchtigt wurde und allenfalls abnorme Verbindungen mit benachbarten Organen eingegangen ist. Gerade in diesen Fällen wird die Berücksichtigung des Ganges und Charakters der vorausgegangenen Beschwerden neben den Ergebnissen der Palpation und Percussion der Bauch- und insbesondere auch der Lendengegend für die Diagnose von Werth sein. Die Einklemmungszufälle einer beweglichen Niere sind meist so charakteristisch, dass ein aufmerksamer Beobachter bei gehöriger Würdigung der Anamnese sich wohl über die wahre Natur des Leidens Gewissheit verschaffen wird. — Eine Verwechslung der beweglichen Niere mit verschiedenen Unterleibstumoren als Leber-, Gallenblasen-, Milz-, Koth-, Ovarial-, Drüsen- und anderweitigen Geschwülsten, ist bei Erforschung der functionellen Störungen, die den genannten Leiden zukommen und bei sorgfältiger Palpation und Percussion der Bauch- und Lendengegend wohl meist zu vermeiden. So kann beispielsweise eine Cyste der Leber oder eine ausgedehnte Gallenblase wohl eine einigermassen bewegliche Geschwulst darstellen, aber die Gestalt derselben ist eine andere, kugelig oder birnförmig, das obere Ende nicht frei zu umgreifen, es besteht allenfalls Fluctuation, man findet unmittelbare Anlagerung an die vordere Bauchwand, die Geschwulst kann nicht in

die Lendengegend reponirt werden und die Lendengegend selbst zeigt beiderseits nicht die mindeste Verschiedenheit bei der Palpation und Percussion. Eine Verwechslung mit dislocirter Milz ist leicht zu vermeiden, da die letztere stets vor dem Darmkanal gelagert ist, daher man auch die durch die Milz bedingte Dämpfung an der vorderen Bauchwand umschreiben kann, während die Milzdämpfung an der gewöhnlichen Stelle im linken Hypochondrium fehlt. Eine Kothgeschwulst präsentirt sich gleichfalls als eine unmittelbar an die Bauchwand anliegende, daher Dämpfung des Percussionsschalles verursachende meist wurstförmige Geschwulst, welche nach erfolgten Stuhlentleerungen vollständig verschwindet. Tuberculöse und krebsige Gebilde im Mesenterium oder Netz können meist schon durch ihre höckerig knollige Form und ihr stetiges Wachsthum als solche erkannt werden. Es kann nicht unsere Absicht sein, die charakteristischen Merkmale sämmtlicher Unterleibstumoren hier ausführlich anzugeben. Die vorgeführten Beispiele sollen nur andeuten, wie man theils in positiver, theils negativer Weise zur richtigen Diagnose einer beweglichen Niere gelangen kann.

Verlauf und Prognose.

Man sieht aus den im Vorhergehenden mitgetheilten Symptomen und eigenthümlichen Folgezuständen der beweglichen Niere, dass letztere keineswegs so bedeutungslos ist, als man gewöhnlich annimmt und dass das durch dieselbe veranlasste Krankheitsbild ein ziemlich mannigfaltiges und vielgestaltiges sein kann.

In den leichtesten Fällen stellt die bewegliche Niere allerdings ein für den Kranken kaum bemerkbares Uebel dar. In minder leichten Fällen kommt es zu einmal oder einigemal anfallsweise auftretenden Beschwerden, nach deren Ablauf die Kranken sich wieder völlig wohl befinden. In schwereren Fällen kann dieselbe unter dem Bilde eines chronischen sich durch Jahre fortschleppenden, zeitweise heftigere Paroxysmen machenden Leidens auftreten, mit mehr oder weniger freien Zwischenräumen. Manchmal erscheint die Affection unter dem Bilde eines schweren acuten Leidens, welches mit verschiedenen Unterleibskrankheiten, Peritiphlitis, Entzündung der Gallenblase,

Ileus in Folge von Kothanhäufung, innerer Incarceration etc. verwechselt werden kann und in der Praxis oft genug verwechselt wird, wenn man eben von der beweglichen Niere und deren Einklemmungszufällen keine hinreichende Kenntniss hat. Mit Rücksicht auf das plötzliche oder allmälige Zustandekommen einer beweglichen Niere, durch die bereits in einem früheren Abschnitte erörterten Momente, mag es wohl angehen die traumatische Dislocation der Niere zu unterscheiden von der durch gewisse organische Veränderungen allmälig sich heranbildenden spontanen Dislocation. Die erstere hat man per analogiam als traumatische, die letztere als spontane Luxation der Niere zu bezeichnen beliebt. — Mit der Lageveränderung und plötzlichen oder allmäligen Verschiebung der Niere entwickelt sich aber in der Regel auch eine abnorme Beweglichkeit derselben. Die Beweglichkeit besteht häufig das ganze Leben hindurch fort. Sowie es einzelne Menschen gibt bei denen mit ausserordentlicher Leichtigkeit immer wieder von Neuem Luxation des Oberarms erfolgt, so gibt es — nur noch viel häufiger — auch solche, bei denen auf die geringste Veranlassung die sogenannte Luxation der Niere eintritt. In anderen Fällen mindert sich nach längerer Zeit bei zweckmässigem Verhalten die Beweglichkeit in mehr oder weniger bedeutendem Grade; ja es kann in dieser Weise selbst spontan vollständige Heilung eintreten. Dafür spricht einerseits die klinische Erfahrung, anderseits die Thatsache, dass die bewegliche Niere so häufig sie auch im Leben und namentlich in einer gewissen Altersklasse angetroffen wird, dennoch in der Leiche ein ziemlich seltener Befund ist. Es muss jedoch hier bemerkt werden, dass man in der Leiche wahrscheinlich öfter Beweglichkeit einer oder der anderen Niere antreffen würde, wenn man in eine genauere Prüfung der bezüglichen Verhältnisse wirklich eingehen würde. Bei der üblichen Methode der Leichenuntersuchungen kann eine etwa vorhandene Beweglichkeit der Niere leicht übersehen werden.

Immerhin lässt sich annehmen, dass wenn die Niere an ihre normale Stelle reponirt wurde und durch ein zweckmässiges Verhalten dauernd daselbst erhalten wird, das ausgedehnte subseröse Bindegewebe in der Umgebung der Niere und an der hinteren Bauchwand, sowie auch das Bauchfell selbst Zeit gewinnt, sich

vermöge seiner Elasticität stärker zusammenzuziehen und sonach der Niere einen kräftigen Widerstand entgegenzusetzen. Das letztere wird um so eher möglich sein, wenn etwa in Folge vorausgegangener Hyperämieen oder wirklicher Entzündungen eine Verdickung oder Schrumpfung der besagten Bindegewebsmassen sich ausbildet. Nach Hebung der Ernährung, Zunahme der Körperfülle, Straffwerden der Gewebe, nach Heilung von Anämie und Chlorose hat man auch die Beweglichkeit der Niere sich verringern oder gänzlich schwinden sehen. Ein wichtiges Moment für die Heilung ist nach Becquet bei Frauen der Eintritt der klimacterischen Jahre, weil mit dem Aufhören der menses auch die menstruale Congestion der Niere zum Schwinden kommt, also ein der Entstehung einer beweglichen Niere günstiger Umstand sein Ende erreicht.

Als Ausgang der bewegliche Niere entwickelt sich manchmal eine fixe Dislocation der Niere, indem letztere durch den Entzündungsprozess an abnormer Stelle fixirt und durch fibröse Adhäsionen an benachbarte Organe angelöthet wird, ein Vorgang der manchmal keine weitere Störung veranlasst, in anderen Fällen aber zu bleibenden Beschwerden führen kann.

Ein tödtlicher Ausgang, bedingt durch die in Rede stehende Lageanomalie, ist ungemein selten, findet sich jedoch schon bei Rayer angegeben. Bei einer 51jährigen Frau mit rechtseitiger beweglicher Niere kam es zur Entwicklung von Peritonitis und chronischer Enteritis, die nach 2 monatlichem Spitalaufenthalte der Kranken Marasmus und Tod herbeiführten.

Die Prognose kann nach dem Vorhergehenden bei der beweglichen Niere quoad vitam in der Regel günstig gestellt werden. Man hat insbesondere auf Grundlage der richtig gestellten Diagnose die besorgten Kranken über die wahre Natur ihrer häufig für bösartig gehaltenen Geschwulst zu beruhigen, und wird schon dadurch die öfters vorhandene Verstimmung und Bekümmerniss des Gemüthes dauernd beschwichtigen. Aber auch ein Besserwerden oder selbst ein gänzliches Schwinden der etwa vorhandenen localen Beschwerden lässt sich bei zweckmässiger Behandlung und Anwendung geeigneter medicamentöser, diätetischer und mechanischer Mittel in Aussicht stellen.

Therapie.

Die Behandlung der beweglichen Niere hat mehrerlei Umstände zu berücksichtigen. Es ist irrthümlich, wenn hie und da gemeint wird, dass der Arzt bei dieser Anomalie gar nichts zu leisten im Stande sei. Wir werden die Hauptgrundsätze einer rationellen Therapie sogleich angeben.

Die Indicatio causalis verlangt zunächst eine Berücksichtigung jener Momente, welche bei disponirten Individuen eine Senkung der Niere verursachen oder eine schon vorhandene leicht vermehren und selbst zur Einklemmung Veranlassung geben könnten. Aus diesem Grunde müssen stärke und erschütternde Bewegungen, insbesondere rasches und anhaltendes Gehen, Laufen, Tanzen, Reiten, ebenso anstrengende Arbeiten, Heben von schweren Lasten möglichst vermieden werden. Ueberladung des Magens, Genuss schwer verdaulicher, blähender Speisen, anhaltende Stuhlverstopfung, Hartleibigkeit und damit zusammenhängendes übermässiges Drängen beim Stuhlabsetzen sind ebenfalls hintanzuhalten. Ganz vorzugsweise müssen auffallend schlaffe Individuen, solche mit dünnen Bauchdecken, Chlorotische und solche die bei der Menstruation häufig von heftigen Lendenschmerzen befallen werden, diese diätetischen Regeln befolgen, und namentlich letzteren ist während der Menstruation die möglichste Ruhe anzuempfehlen.

Der Indicatio morbi wird dadurch Genüge geleistet, dass man 1) die dislocirte Niere in ihre normale Lage zu reponiren, 2) daselbst möglichst festzuhalten sucht, 3) wenn eine vollständige Reposition wegen entstandener Adhäsionen nicht erzielbar ist, die dislocirte Niere wenigstens in ruhiger Lage zu erhalten, das Ballotiren derselben und die dadurch bedingten oft schmerzhaften Zerrungen der mit der Niere zusammenhängenden Theile zu verhindern sucht.

Die Reposition erfolgt bei freiem Nierenvorfalle sehr leicht spontan in horizontaler ruhiger Rückenlage, oder es gelingt dieselbe unter Anwendung eines gelinden, ruckweise auf die Niere ausgeübten Druckes gegen die Lendengegend. Man sucht einfach mit der Finger- und Handfläche die Niere allmälig mehr in die Lendengegend zurückzuschieben. — Bei Einklemmung der Niere ist die Reposition viel schwieriger und namentlich auch deswegen,

weil bisweilen selbst auf leises Drücken Ueblichkeiten, Brechreiz und Ohnmachtanwandlungen eintreten. Nichtsdestoweniger kann man bei einer ganz frischen Einklemmung, vorausgesetzt dass die Diagnose vollkommen sicher ist, durch einen energischen Repositionsversuch die heftigen Beschwerden mit einem Male rasch zum Schwinden bringen.

Manchmal bleibt jedoch nichts übrig als mit der Reposition zu warten, bis sich unter Anwendung antiphlogistischer Mittel die Entzündungserscheinungen gemildert haben, was erfahrungsgemäss auch meist in wenigen Tagen stattfindet, worauf dann die Reposition viel leichter vorgenommen werden kann.

Um die vollständig oder unvollständig reponirte Niere entweder in normaler oder wenigstens in ruhiger Lage festzuhalten, müssen mechanische Mittel zur Anwendung kommen. Diese sind das Tragen verschiedener, nach dem jeweiligen Falle modificirter Verbände und Bandageapparate, welche sämmtlich als Stütze dienen, die Bauchdecken zurückhalten und den Kranken vor Zerrungen schützen sollen. Hiezu dienen Leibbinden, elastische Leibgürtel, Mieder oder Bruchbänder mit elastischen Pelotten, die sämmtlich mit Sorgfalt angepasst und von den Kranken mit Ausdauer getragen werden müssen.

Gleichzeitig werden, um die Schlaffheit der Gewebe zu bekämpfen, bei abgemagerten, herabgekommenen, chlorotischen Individuen bittere und Eisenmittel, nahrhafte Fleischkost, kalte Waschungen und Bäder zur Anwendung kommen. Becquet will in einigen Fällen durch das hydrotherapeutische Verfahren und den Gebrauch von Bädern, namentlich Plombières, günstige Resultate erzielt haben.

Die Indicatio symptomatica beansprucht gleichfalls verschiedene Mittel. Gegen die Schmerzen sind Narcotica entweder innerlich oder in Form der hypodermatischen Injection im Hypogastrium oder in der Lumbalgegend am wirksamsten. In leichteren Fällen können auch Einreibungen von narcotischen Salben, von Chloroform mit Oel etc. zur Anwendung kommen. Ausserdem sind namentlich bei heftigeren Einklemmungszufällen örtliche Blutentleerungen und warme Cataplasmen von bedeutendem Nutzen. Den beständigen Brechreiz oder das wirkliche häufige Erbrechen sucht man durch Brausepulver, Sodawasser, Eipillen, Aq. lauro-

ceras. etc. zu bekämpfen. Bei Anhäufung von Kothmassen, Hartleibigkeit und starkem Drängen beim Stuhlgang, wodurch einerseits leicht Schmerzen hervorgerufen, anderseits die Nierensenkung leicht vermehrt werden kann, müssen Klystiere und milde Purgantien verabfolgt werden.

Schliesslich möchte ich noch ausdrücklich vor der unnützen Anwendung von Quecksilber und Jodmitteln warnen, welche manchmal auf Grund einer unrichtigen Diagnose zur Vertreibung der Geschwulst verordnet werden.

Klinische Beobachtungen.

Um den Leser nicht allzusehr zu ermüden, verzichte ich in den folgenden Mittheilungen auf eine detaillirte Beschreibung und erschöpfende diagnostische Begründung der einzelnen Fälle, von denen nur solche ausgewählt wurden, welche eine Zeit lang in den Stand der Klinik des Herrn Professor Oppolzer aufgenommen waren und in denen die Diagnose somit klinisch festgestellt wurde. Zur theilweisen Begründung meiner Angaben bezüglich der Aetiologie und Symptomatologie dürften dieselben immerhin von Nutzen sein, und die verhältnissmässig spärliche Casuistik durch manche neue und interessante Wahrnehmung bereichert werden.

I. Rechtseitige bewegliche Niere, gastrische Beschwerden, Schmerzen im Unterleibe.

Rosalie L., 35jährige Magd, war bis vor 7 Jahren gesund. Zu dieser Zeit bekam sie in der rechten Darmbeingegend eine Geschwulst, über deren Entstehung sie selbst Folgendes aussagt. An einem heissen Sommertage legte Patientin einen 3stündigen Weg äusserst schnellen, zeitweise selbst laufenden Schrittes zurück; nahe an ihrem Ziele bekam sie einen ungemein heftigen, krampfhaften Schmerz im Bauche, der ihr bald das Gehen ganz unmöglich machte. Der Schmerz hörte in einigen Tagen nach Einreibungen mit verschiedenen Mitteln wieder auf, allein es blieb seitdem eine Geschwulst im Bauche zurück und zwar in derselben Grösse wie sie jetzt besteht. Bei angestrengter Arbeit kommt die Geschwulst deutlicher im Bauche zum Vorschein, verursacht lebhafte Schmerzen und ist auch gegen Druck empfindlich. Seit einem halben Jahre leidet Patientin an Verdauungsbeschwerden, Aufstossen, Auftreibung des Bauches, Appetitlosigkeit, Trägheit des Stuhlganges, Koliken. In diesem Zustande kam die Kranke

auf Oppolzer's Klinik. Man fand ein schwächlich gebautes, bedeutend abgemagertes Individuum, die Zunge belegt, die Brustorgane gesund, der Unterleib von Gasen etwas ausgedehnt, die Bauchdecken dünn und ziemlich schlaff. Bei der Palpation entdeckt man über dem rechten Darmbeine eine mannsfaustgrosse, länglichrunde, an ihrem unteren Ende deutlich zu umgreifende Geschwulst. Dieselbe lässt sich nach aufwärts bis ins Hypochondrium und in die Lendengegend, nach abwärts bis in die Inguinalgegend und nach innen bis zur Medianlinie verschieben. Der Perkussionsschall über der Geschwulst ist tympanitisch und wird beim tiefen Einathmen voller, wobei die Geschwulst jedoch nicht merklich nach abwärts rückt. Die rechte Lendengegend ist stärker eingesunken als die linke und kann durch die verschiebbare Geschwulst ausgefüllt werden. Die Diagnose wurde auf Ren mobil. dext. gestellt. Nachdem die gastrischen Beschwerden einigermassen behoben waren, verliess die Kranke die Klinik, ohne dass sich in der beweglichen Geschwulst weiter etwas geändert hatte.

II. Rechtseitige bewegliche Niere, Neuralgieen der Lumbalgegend und der rechten unteren Extremität, heftige Schmerzanfälle zur Zeit der Menstruation, Combination mit Nierensteinbildung.

Vincenzia D., 33jährige ledige Magd. Die Kranke hat vor 5 Jahren und ebenso vor 2 Jahren längere Zeit an Wechselfieber gelitten. Vor 1 Jahre bemerkte dieselbe ein auffallendes Schwächegefühl in der rechten unteren Extremität, gleichzeitig mit Schmerzen im Oberschenkel, die bald mehr bald weniger heftig waren. Auch traten heftige Schmerzen in der rechten Lumbalgegend auf, welche bis in die Darmbeingegend und die Oberschenkel ausstrahlten. Auf Bewegungen nehmen diese Schmerzen an Intensität zu, während sie sich beim ruhigen Liegen verlieren. Zeitweilig bekam die Kranke auch Uebligkeiten und Brechreiz. Die Patientin bemerkte selbst zur Zeit der Schmerzanfälle unter dem rechten Rippenbogen eine ovale Geschwulst, die aber nur zeitweilig zu fühlen war und sodann wieder verschwand. Häufig stellte sich auch ein heftiger Drang zum Harnlassen ein, wobei unter stechenden Schmerzen in der Urethra nur geringe Mengen Harns entleert wurden. Der Urin war meist dunkel gefärbt, und

bildete in Zwischenräumen von mehreren Tagen einen beträchtlichen ziegelmehlartigen Bodensatz.

Bei der Aufnahme auf die Klinik fand man ein mässig genährtes Individuum mit etwas belegter Zunge und vermindertem Appetit. Die Brustorgane boten nichts Abnormes. Unter dem rechten Rippenbogen fand man eine Geschwulst von ovaler Form, mit einer leicht convexen Oberfläche und einem scharf markirten convexen Rande. Die Geschwulst lässt sich gegen die Medianlinie und in die Lendengegend verschieben. Gegen Druck ist dieselbe empfindlich, und namentlich beim Versuche dieselbe nach abwärts zu verschieben, entstehen lebhafte Schmerzen, welche sich vom Hypochondrium gegen die Lumbalgegend, über das Gesäss und die Aussenfläche der unteren Extremität bis zu den Zehen erstrecken, manchmal auch gegen die Symphise und die innere Fläche der unteren Extremität ausstrahlen. Dieselben Schmerzen treten spontan beim Gehen und auch beim Liegen auf der linken Seite auf. Die rechte Lendengegend ist im Stehen und in der Knieellbogenlage stärker eingesunken, und es lässt sich die daselbst wahrgenommene Vertiefung durch Verschiebung der beweglichen Geschwulst in die Lendengegend wieder ausgleichen. Der Harn ist stark sauer, sedimentirt leicht, zeigt eine Spur von Eiweiss, sehr viel Harnsäure, ferner oxalsauren Kalk und ziemlich viel Epithelien. Die Diagnose wurde auf bewegliche Niere, wahrscheinlich in Combination mit Nierensteinbildung gestellt. Die Kranke verliess nach einem nahezu 3monatlichen Aufenthalte, während welcher Zeit sie zu wiederholten Malen und constant zur Zeit der Periode von ungemein heftigen Schmerzanfällen heimgesucht wurde, die Klinik, um nach Karlsbad zum Curgebrauche zu gehen.

III. Rechtseitige bewegliche Niere, wiederholter Abortus, Erscheinungen von Chlorose, Hyperämie der Niere mit heftigen Lenden- und Bauchschmerzen zur Zeit der Menstruation.

Theresia F., 30jährige Gemüsehändlerin. Patientin hat lange Zeit an Bleichsucht gelitten. Erst in ihrem 19. Lebensjahre stellte sich die Menstruation ein, die aber nie regelmässig und häufig mit krampfhaften Schmerzen wiederkam. In ihrem 28. Lebensjahre verheirathete sie sich und abortirte innerhalb eines Jahres zweimal. In letzterer Zeit war die Menstruation wieder sehr spär-

lich und unregelmässig, zugleich klagte die Kranke über zunehmende Mattigkeit, Herzklopfen und Brustbeklemmung, weshalb sie auf der Klinik Hilfe suchte.

Man fand ein ziemlich abgemagertes, schlaffes Individuum. Haut und Schleimhäute auffallend blass; in den Jugularvenen ein lautes Nonnengeräusch; die Lungen gesund; das Herz etwas breiter, in den Ventrikeln und grossen Gefässen systolische Blasegeräusche. Der 2. Ton der Pulmonalis stärker accentuirt. Der Unterleib ziemlich ausgedehnt, die Bauchdecken dünn und schlaff. Ueber dem rechten Rippenbogen in der Höhe des Nabels bemerkt man eine ovale, an ihrem inneren Rande einen seichten Einschnitt darbietende, bohnenförmige Geschwulst, von deren Gegenwart die Kranke jedoch nichts wusste. Dieselbe ist gegen Druck etwas empfindlich, lässt sich nach ein- und aufwärts, ein wenig auch nach abwärts verschieben. Im Liegen schlüpft dieselbe leicht in die Lendengegend zurück und kann durch einen mit der Fingerfläche in der Lumbalgegend angebrachten Druck leicht wieder hervorgehoben werden. Der Percussionsschall über derselben ist tympanitisch. Die Grösse der Geschwulst übertrifft etwas die gewöhnliche einer Niere. Die Diagnose lautete Ren mobil. dext. in Verbindung mit Chlorosis. Die Vergrösserung und gesteigerte Empfindlichkeit der Niere ist einem Congestivzustande der Niere selbst und vielleicht auch des umgebenden Bindegewebes zuzuschreiben, der namentlich zur Zeit der Periode mit heftigen Lenden- und Bauchschmerzen einherging. Nach einigen Wochen einer tonisirenden Behandlung verliess die Kranke bedeutend gebessert die Klinik.

IV. Linkseitige Nierenvorlagerung nach häufigen Geburten und anstrengender Arbeit, Prolapsus uteri, Einklemmungszufälle.

Elisabeth Sch., 41jährige Handarbeiterin. Patientin war angeblich in ihrer Kindheit stets kränklich. Im 24. Jahre überstand sie den Typhus und ein Jahr darauf eine entzündliche Brustkrankheit. Die Menstruation bekam sie erst im 22. Lebensjahre. Die Kranke hat 5 mal geboren und 2 mal abortirt. Seit der ersten Geburt leidet sie an Prolapsus uteri. Patientin war stets und selbst im Wochenbette grossen Anstrengungen unterworfen. Erst vor 3½ Monaten fühlte sie beim Wäscheringen heftige Schmerzen

in der linken Lendengegend, die nach dem Schambein und Oberschenkel ausstrahlten; dazu gesellte sich schmerzhafter Harndrang. Namentlich beim Bewegen, beim Aufsetzen, beim Husten und Niesen, aber auch im Stehen waren die Schmerzen sehr vehement, weniger beim Liegen. Bald nach Eintritt dieser Schmerzen bekam die Kranke einen Frostanfall mit darauffolgender Hitze. Im Harn, der unter Schmerzen entleert wurde, soll Blut enthalten gewesen sein. Harnsand ist nie abgegangen. Nach 14 Tagen, während welcher Zeit die Kranke fieberte, an Stuhlverstopfung und einmaligem Erbrechen litt, besserten sich die Symptome wesentlich unter Befolgung ruhiger Rückenlage. Wenige Tage vor ihrem Eintritte in das Krankenhaus trat ein neuer dem früheren ganz ähnlicher Anfall ein.

Bei der klinischen Aufnahme fand man ein schwächlich gebautes, abgemagertes, blasses Individuum mit schlaffer Muskulatur. Die Brustorgane zeigen nichts Besonderes. Der Bauch ist mässig ausgedehnt, im linken Hypochondrium stärker resistent. Beim Drucke in die Tiefe findet man unter dem linken Hypochondrium eine längliche, derbe, am unteren Ende abgerundete, an der Oberfläche ebene, bis zum Nabel herabreichende, beim Druck sehr schmerzhafte, unbewegliche Geschwulst. Der sparsam gelassene saure Harn ist leicht getrübt, enthält Eiweiss und eine Menge von Eiterkugeln. Patientin klagt über Schmerzen in der linken Seite und beim Harnlassen. Der Stuhl ist angehalten, Erbrechen ist einmal erfolgt. Nach einer 14tägigen antiphlogistischen Behandlung rückte die Geschwulst immer mehr in die Lendengegend zurück, so dass sie zuletzt nur mehr undeutlich in der Tiefe zu finden war. Nach weiteren 2 Wochen waren die Schmerzen gänzlich geschwunden, die Geschwulst völlig in die Lendengegend zurückgetreten. Man hatte es hier mit Vorlagerung und Einklemmung der linken Niere und darauffolgender Pyelonephritis zu thun.

V. Rechtseitige bewegliche Niere, Paroxysmen heftiger Unterleibsschmerzen seit 12 Jahren, mässiger Grad von Pyelitis und Hydronephrosis.

Mathilde K., 30 jährige Köchin, erzählt, dass sie seit ihrem 18. Lebensjahre in mehr oder weniger langen Zwischenräumen, von denen der längste 6 Jahre betrug, heftige Schmerzanfälle im

Unterleibe ohne bekannte Veranlassung bekam, die häufig von Fieberbewegungen begleitet waren. Die Menstruation stellte sich in ihrem 16. Lebensjahre ein und kam ziemlich regelmässig. Neun Tage vor ihrer Aufnahme auf die Klinik wurde Patientin von einem heftigen Schmerzparoxysmus befallen, der von einem Frostanfall und darauffolgender grosser Hitze begleitet war. Zwei Tage darauf bemerkte sie unter dem rechten Rippenbogen eine Geschwulst, die sie früher nie beobachtet hatte. Zur Zeit der klinischen Aufnahme war der heftige Schmerzanfall unter Anwendung von Opium und Ruhe bereits gewichen.

Die Untersuchung ergab ein mittelgrosses ziemlich gut genährtes Individuum. Die Brustorgane waren gesund, Leber und Milz von gewöhnlicher Grösse. Bei der Untersuchung des Unterleibes fühlt man eine Geschwulst, welche sich von der rechten Lumbalgegend bis zur Nabellinie erstreckt; sie ist nach oben durch den Rippenrand begrenzt und reicht nach abwärts bis einige Linien unter den Nabel. Ihre Form ist die eines quergelagerten Ovales, von gleichmässiger etwas elastischer Resistenz. Ihre Grösse übertrifft das gewöhnliche Maass einer Niere. Die Geschwulst ist beweglich nach einwärts, oben und aussen, wenig nach abwärts, sie kann in die Lendengegend zurückgeschoben und daselbst durch die aufgelegten Finger gefühlt werden. Die Respiration verursacht keine merkliche Verschiebung der Geschwulst, es entfernt sich bei der Inspiration die vordere Bauchwand von derselben. Der Percussionsschall darüber ist leer, tympanitisch. Der Harn enthält Spuren von Eiweiss, reichliche runde granulirte Zellen, Reaction sauer, spec. Gew. 1021. Gegenwärtig empfindet die Kranke nur leicht ziehende Schmerzen im Unterleibe, namentlich in der linken Seitenlage, welche zur Zeit der heftigen Schmerzparoxysmen gar nicht vertragen wird. Die Diagnose wurde auf Ren. mob. dextr. in Verbindung mit Pyelitis und leichter Hydronephrosis gestellt. Nach wenigen Tagen verliess die Kranke bereits, da alle Schmerzen gewichen waren, die Klinik, ohne dass sich in der Geschwulst weiter etwas geändert hatte.

VI. Rechtsseitige bewegliche Niere, heftige Schmerzanfälle in unregelmässigen Intervallen.

Anna Sch., 34 jährige Taglöhnerin. Patientin, die früher stets gesund war, verspürte vor 4 Jahren unmittelbar nach ihrer

Entbindung Schmerzen im rechten Hypochondrium, die nach ihrem Austritte aus dem Findelhause so heftig wurden, dass sie mehrere Wochen theils zu Hause, theils im Spitale zubringen musste. 14 Tage nach ihrer anscheinenden Genesung stellten sich plötzlich nach dem Essen wieder ungemein vehemente Schmerzen ein, die von der rechten Lendengegend bis in das Epigastrium sich erstreckten. Es kam zum Aufstossen und Erbrechen, mehrtägiger Stuhlretention. Nach 2 Wochen ging der Anfall vorüber. Solche Anfälle wiederholten sich seither in ungleichen Zeiträumen mehr oder minder heftig, insbesondere nach übermässigem Genuss von Hülsenfrüchten, so dass Patientin endlich im Spitale Hilfe suchte.

Bei der klinischen Aufnahme zeigte sich die Kranke mässig genährt, Zunge feucht, Brustorgane bis auf einen leichten Bronchialkatarrh normal, Leber und Milz von gewöhnlicher Grösse. Rechts vom Nabel fühlt man eine längliche, ovale, bei Druck schmerzhafte Geschwulst, welche verschiebbar ist und bei linker Seitenlage deutlicher hervortritt, wobei die rechte Lendengegend stärker eingesunken erscheint. Die linke Seitenlage wird übrigens von der Kranken nicht lange vertragen wegen heftiger Schmerzen und Empfindung, als wollte sich ein schwerer Körper herabbewegen. Die Geschwulst über welcher der Percussionsschall tympanitisch ist, lässt sich am meisten nach aufwärts in die Lendengegend verschieben und füllt die dort wahrgenommene Vertiefung aus. Es wurde eine rechtseitige bewegliche Niere diagnosticirt, ruhige Rückenlage und schmerzstillende Mittel angewendet. Nach einem mehrwöchentlichen Aufenthalte, währenddem die Kranke noch einigemale, namentlich beim Versuche zu gehen und zweimal zur Zeit der Periode von einem heftigeren Schmerzanfalle heimgesucht wurde, verliess die Kranke mit ihrer beweglichen Unterleibsgeschwulst wieder das Krankenhaus.

VII. Rechtseitige bewegliche Niere, Einklemmung derselben unter Erscheinungen innerer Darmincarceration, Peritonitis.

Josefa D., 19jährige Handarbeiterin, überstand in ihrem 14. Lebensjahre einen schweren Typhus, litt dann durch längere Zeit an der Bleichsucht, an unregelmässiger manchmal äusserst schmerzhafter Menstruation und Leucorrhoe. Vor 3 Wochen traten nach vorausgegangener angeblich durch Erkältung bedingter Diarrhoe

heftige Bauchschmerzen und Erbrechen ein. Dieser Anfall wiederholte sich auch zur Zeit der Aufnahme in die Klinik.

Die Untersuchung ergab ein schwach gebautes, schlaffes Individuum, die Brustorgane gesund, das Zwerchfell etwas höher stehend, der Unterleib ausgedehnt, die Bauchdecken dünn, mässig gespannt. Leber und Milz von gewöhnlicher Grösse. Aeusserst heftige Schmerzen, namentlich in der rechten Seite des Unterleibes, Brechreiz und Stuhlretention, zeitweilige Koliken. Rechterseits befand sich zwischen dem Nabel und der Ileocoecalgegend eine äusserst empfindliche, länglich runde, harte, glatte, unbewegliche Geschwulst, über welcher die Bauchdecken stärker gespannt, resistent, gegen Druck sehr empfindlich und der Percussionsschall gedämpft war, was im Verein mit den früher angegebenen Symptomen und den gleichzeitigen Fieberbewegungen die Annahme einer umschriebenen Peritonitis begründete. Nach einer 4 tägigen Behandlnng mit örtlichen Blutentleerungen, Cataplasmen und Narcoticis mässigten sich die Erscheinungen der Peritonitis in bedeutendem Grade und es konnte nun, nachdem auch der Darminhalt zum Theile entleert war in der Tiefe des Bauches, die früher angegebene Geschwulst in etwas verkleinertem Umfange als ein nach auf- und einwärts beweglicher, länglich runder, glatter, etwas elastischer Tumor, von der Grösse einer Niere deutlich gefühlt werden. Nach einem weiteren zweiwöchentlichen Aufenthalte verliess die Kranke vollkommen wohl die Klinik, jedoch mit einer beweglichen Geschwulst im Unterleibe. Man hatte es also hier mit einer unter Erscheinungen von innerer Darmincarceration aufgetretenen Einklemmung der rechten beweglichen Niere und darauf folgender Peritonitis zu thun.

VIII. Rechtseitige bewegliche Niere, Lumboabdominalneuralgie.

Rosalie B., 28 jähriges Stubenmädchen, hat in ihrer früheren Jugend an Scrophulose gelitten; seit dem 18. Lebensjahre litt sie öfters angeblich an Magenkrampf, vor einem Jahre hat sie geboren. Seit mehreren Wochen klagt dieselbe über zeitweilig wiederkehrende, äusserst heftige vom rechten Hypochondrium gegen Nabel und Lendengegend ausstrahlende Schmerzen, zu denen sich Erbrechen hinzugesellte. Auch bemerkte sie unter dem rechten Hypochondrium eine beim Druck schmerzhafte Geschwulst. Die kli-

nische Untersuchung ergab ziemlich gute Ernährung, Brustorgane gesund, Leber und Milz von gewöhnlichem Umfang. Unter dem rechten Hypochondrium findet man eine länglich runde, etwa 2 Zoll über den Rippenrand vorragende, bewegliche Geschwulst, welche sich leicht in ruhiger Rückenlage in die Lendengegend zurückschieben lässt, von wo sie nach einiger Zeit, namentlich beim Aufsitzen und Gehen wieder zum Vorschein kommt. Die Geschwulst ist gegen Druck etwas empfindlich und verursacht namentlich beim Versuche sie abwärts zu bewegen, heftige in die Lenden- und Nabelgegend ausstrahlends Schmerzen, ebenso in der linken Seitenlage. Der Percussionsschall über der Geschwulst ist tympanitisch. Nach wenigen Tagen fühlte sich die Kranke unter Anwendung von ruhiger Rückenlage, Kataplasmen und Opiaten bedeutend erleichtert und wurde mit der Weisung eine Bauchbinde zu tragen, entlassen.

IX. Beiderseitige bewegliche Nieren, gastrische Beschwerden, vorausgegangenes Wechselfieber und Ascites.

Magdalene P., 65 jährige Taglöhnerin, überstand im 19. Lebensjahre die Blattern und wurde in ihrem 23. Jahre von Wechselfieber befallen, worauf sich ein $1^1/_2$ jähriges Siechthum mit wassersüchtigen Anschwellungen der Extremitäten und Ascites einstellte. Nach Wiederherstellung ihrer Gesundheit kehrte Patientin zu ihren häufig sehr anstrengenden körperlichen Arbeiten zurück und wurde seitdem nur von vorübergehendem leichtem Unwohlsein, zeitweiligen Leibschmerzen und Husten befallen. Erst seit 1 Jahre stellten sich häufige Schmerzen in der Magengegend und grössere Empfindlichkeit des Unterleibes ein, manchmal kam es zu Ueblichkeiten, welche die Kranke nöthigten das Bett zu hüten.

Bei der klinischen Aufnahme fand man ein zartgebautes, abgemagertes, schlaffes Individuum mit welker, blass bräunlich tingirter Haut, die Zunge etwas belegt. In der rechten Lungenspitze Erscheinungen von Katarrh, daselbst der Percussionsschall gedämpft. Im Herzen nichts Abnormes. Der Unterleib ist etwas ausgedehnt, Leber und Milz unter den Hypochondrien durchzufühlen, ihr Umfang über das gewöhnliche Maass vergrössert. Bei der Palpation des Unterleibes entdeckt man beiderseits von den Hypochondrien gegen den Nabel hin gerichtet zwei ovale, derbe, schief

gelagerte, glatte, gegen Druck empfindliche, derbe Tumoren, von der Gestalt und Grösse der Nieren, welche in hohem Grade sowohl von unten nach oben als auch seitlich verschiebbar sind. Dieselben können in die Lendengegend zurückgebracht und durch Druck in die Lendengegend wieder hervorgehoben werden. Der Percussionsschall über denselben ist tympanitisch und wird beim tiefen Einathmen voller. Patientin klagt über Schmerzen im Epigastrium, Ueblichkeiten und Appetitlosigkeit, ferner über Brustbeklemmung und Husten. Im weiteren Verlaufe kam es einmal zum Erbrechen und öfter zu heftigeren stechenden Schmerzen, namentlich in der linken Lumbalgegend. Nach vierwöchentlicher Behandlung mit warmen Kataplasmen, Narcoticis, ruhiger Rückenlage und geregelter Diät wurde Patientin auf ihr Verlangen entlassen und ihr angerathen eine festanliegende Bauchbinde zu tragen.

X. Rechtseitige bewegliche Niere, Erscheinungen von Enterostenosis bedingt durch Druck auf das colon ascendens.

Blasius F., 26jähriger Drechslergeselle, hat vor mehreren Jahren die Blattern und später den Typhus überstanden. Vor 12 Jahren soll er einige epileptische Anfälle gehabt haben. Auch war er in früheren Jahren der Masturbation ergeben. Seit etwa 6 Jahren leidet Patient an zeitweiligen Anfällen von heftigen kolikartigen Schmerzen im Unterleibe mit Stuhlverstopfung und Dysurie. Er entdeckte selbst im Unterleibe vor längerer Zeit eine harte, empfindliche Geschwulst, die namentlich zur Zeit der Kolikanfälle deutlich wurde und beim Druck Schmerzen verursachte, als ob der Hode gedrückt würde. Die Anfälle blieben manchmal $^1/_2$ Jahr lang aus und stellten sich besonders gerne nach stärkerer Körperbewegung, namentlich nach dem Tanzen ein, von welchem der Kranke ein besonderer Freund war. Vor 2 Jahren trat ein leichter Anfall von Bluthusten auf.

Bei der Untersuchung fand man: Körper mager, schlaff, Haut blass, rechte Supra- und Infraclaviculargegend stärker eingesunken, der Percussionsschall daselbst dumpfer und leerer als linkerseits, an beiden Lungenspitzen unbestimmtes Athmen, zeitweilig Pfeifen und Schnurren. Unterleib etwas ausgedehnt von Gasen; Bauchdecken dünn und schlaff. In der Ileocoecalgegend eine länglich ovale, resistente, beim Druck empfindliche Geschwulst

von der Grösse einer Niere. Dieselbe lässt sich nach ein-, ab- und aufwärts verschieben, in die Lendengegend zurückbringen und durch Druck von rückwärts wieder hervorheben. Die reponirte Geschwulst findet man gewöhnlich nach einiger Zeit wieder in der Ileocoecalgegend. Während seines klinischen Aufenthaltes litt der Kranke öfters an hartnäckiger, manchmal 6—7 Tage andauernder Stuhlverstopfung, häufigen Koliken, Auftreibung des Bauches, Aufstossen, Brechreiz, Empfindlichkeit des Unterleibes. Die Diagnose lautete rechtseitige bewegliche Niere und dadurch verursachte Compression des colon ascendens. Nach einer mehrwöchentlichen Behandlung, die vorzugsweise Reposition und Festhaltung der Niere mittelst eines Leibgürtels und federnder Pelotte bezweckte, verliess der Kranke bedeutend erleichtert die Klinik.

ANHANG.

Fixe Dislocation der Niere.

Die fixe Nierendislokation ist gemeinhin in einer abnormen ursprünglichen Bildung begründet, was anatomisch schon aus dem abnormen Ursprung und Verlauf der Gefässe und des Ureters zu erschliessen ist. Man findet dabei eine — am häufigsten die linke (Gruber) — oder beide Nieren einzeln oder mit einander verschmolzen ungewöhnlich tief an der Wirbelsäule, am Promontorium in der Aushöhlung des Kreuzbeins, oder seitlich im grossen oder kleinen Becken, auf der Synchondrosis sacro-iliaca, in der fossa iliaca unbeweglich unter dem Bauchfell liegen. Die Gestalt der dislocirten Niere ist gewöhnlich abnorm, entweder oval oder kreisrund, abgeplattet, bisweilen kugelig oder bisquitförmig, oder auch dreiseitig pyramidenförmig. (Eustachi, Luton, Heusinger, Pacoud).

Die aus der Verschmelzung der meist unteren, sehr selten der oberen Enden beider Nieren hervorgehende, eigenthümlich geformte Hufeisenniere lagert stets tief und mit ihrer plattrundlichen Comissur quer vor der Lendenwirbelsäule. (Panthot, Bartholin, Wrisberg, Bauhin, de Haën, Haller, Meckel, Rokitansky).

Die aus der vollständigen Verschmelzung beider Nieren resultirende einfache Niere ist meist noch tiefer in der Medianlinie, selten auch ausserhalb derselben im grossen oder kleinen Becken als ein glatter oder scheibenförmiger Körper befestigt. (Valsalva, Portal, Hunter, Sandifort etc).

Die Ureteren und Gefässe der Niere zeigen bei diesen Anomalieen ganz ungewöhnlichen Ursprung, Verlauf und Zahl. (Rayer, Meckel, Rokitansky, Durham, Gruber). Häufig findet man auch benachbarte Organe aus ihrer normalen Lage gewichen z. B.

den Mastdarm (Gruber, Schott), die Flexura sigmoidea (Canton Gruber), das Colon (Durham), den Uterus (Boinet).

Bisweilen ist eine fixe Dislocation der Niere, wie wir schon in einem früheren Abschnitte gelegentlich angeführt haben auch durch Vergrösserung nahegelegener Organe bedingt oder sie entsteht in Folge von Adhäsionen einer ehemals beweglichen Niere.

Obwohl die fixirte Tieflage der Niere, da sie gewöhnlich angeboren ist, häufig nur ein pathologisch-anatomisches Interesse hat, so erlangt dieselbe doch manchmal eine praktisch klinische Bedeutung. Schon aus älteren Beobachtungen von Vesal, Bauhin, Eustachi, Sandifort u. A. ist dieses zu entnehmen. Insbesondere können Nieren, welche im Becken gelagert sind, Geschwülste des Ovariums, Uterus oder Rectums vortäuschen. Sie können wegen Verdrängung und Beeinträchtigung des Lumens benachbarter Kanäle und Hohlräume mancherlei Funktionsstörungen dieser Organe bedingen. —

So fand Boinet[1]) Lageabweichung der Gebärmutter bedingt durch eine im Becken fixirte Niere, Hohl[2]) beobachtete aus derselben Veranlassung entstandene bedeutende Geburtsbehinderung. In der ausführlichen Literatur über diesen Gegenstand bei Rayer, Heusinger, Gruber sind mancherlei Fälle verzeichnet, welche in der angedeuteten Richtung das Interesse des Arztes in Anspruch nehmen.

Compression der Aorta, der Hohlvene (Drouin)[3]) Druck auf andere benachbarte Gefässstämme und Nerven, weiterhin Oedem, Thrombose, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der unteren Extremität, Compression des Rectums, des eigenen Ureters der Niere und folgende Hydronephrose, Einklemmung der Niere hinter dem sich vergrössernden Uterus (Chambon de Montaux)[4]), Abscedirung der Niere und Entleerung des Eiters durch den Mastdarm (Cruveilhier)[5]) etc. sind dergleichen klinisch wichtige Zufälle.

In diagnostischer Hinsicht dürfte es von Vortheil sein die oben bezeichneten mit, der abnormen Lage meist zugleich vorkommenden

---

1) Archives général de méd. 2. Ser. t. VII. 1835. p. 348.
2) Meckel's Archiv. f. Anat. u. Physiol. 1828. p. 187.
3) Lieutaud Anat. pract. t. I. obs. 1212. p. 355.
4) Observ. clinic. Paris 1789.
5) Anat. descript. vol. II. p. 694.

charakteristischen Formen der dislocirten Niere zu beachten, weil sie in gegebenem Falle für die Diagnose entscheidend sein können. Auch wird die Untersuchung der Lendengegend durch Palpation und Percussion einigen Aufschluss zu geben vermögen. — Schon Vesal bemerkt, dass magere Individuen mit vorragendem Bauche und deprimirten Lenden nur eine quer über die Wirbelsäule gelagerte Niere besitzen. Es ist kein Zweifel und die Beobachtungen verschiedener Aerzte bestätigen es, dass man die abnorm fixirte und dislocirte Niere entweder durch die vordere Bauchwand oder bei innerer Untersuchung durch das Rectum oder die Vagina als Geschwulst fühlen kann. Findet man nun noch eine der früher angegebenen charakteristischen Formen der Geschwulst und zugleich in einer oder beiden Lendengegenden eine stärkere Einstülpung und einen auffallend helleren Percussionsschall, so dürfte es manchmal möglich sein auf dem Wege der Ausschliessung auch eine angeborne fixe Nierendislokation zu diagnostieiren. — In der That hat bereits Rayer[1]) Tieflage und Verschmelzung beider Nieren in 2 Fällen schon im Leben erkannt.

---

1) l. c. vol. I. p. 407 u. 409.

Inhaltsverzeichniss.